

Tilburg University

Antwoorden op vragen betreffende het artikel 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie
de Boer, A.P.; Oei, T.I.

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

Publication date:
2011

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
de Boer, A. P., & Oei, T. I. (2011). Antwoorden op vragen betreffende het artikel 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: Stand van zaken en bespreking van een recente casus'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 783-790.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (1)

De Boer en Oei (2011) beschrijven de casus van een 65-jarige vrouw die hulp bij zelfdoding kreeg vanwege psychisch lijden. Hoewel deze gevalsbeschrijving verschillende vragen oproept, willen wij specifiek twee aspecten aan de orde stellen.

De eerste daarvan is de vraag of deze patiënte inderdaad was uitbehandeld. Gesproken wordt van een ernstige posttraumatische stressstoornis en een ernstige depressieve stemmingsstoornis in combinatie met hartfalen. Patiënte werd meer dan 50 jaar behandeld voor haar psychiatrische stoornissen, waarbij haar stemming diep somber bleef ondanks psychofarmacologische behandeling, lichttherapie en slaapdeprivatie. Er was geen sprake van duurzame effecten. Voor zover wij begrijpen, is de patiënte niet behandeld met elektroconvulsieve therapie (ECT). De auteurs stellen: 'Alle behandelalternatieven bleken uitvoerig aan de orde te zijn geweest en na zorgvuldige afweging als niet proportioneel of niet haalbaar ter zijde te zijn gesteld.'

Het blijft volstrekt onduidelijk waarom die overweging van toepassing zou moeten zijn geweest op ECT. Zowel de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005) als de richtlijn Elektroconvulsieve therapie (2010) noemt ECT ondubbelzinnig in hun algoritme. Het Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2008) doet over ECT drie belangrijke uitspraken, die in dit verband relevant zijn:

- de effectiviteit van ECT bij ouderen met een depressie is aangetoond;
- ECT lijkt effectiever te worden met het toenemen van de leeftijd;
- bijwerkingen van ECT op oudere leeftijd zijn opvallend licht.

Hartfalen hoeft als zodanig geen contra-indicatie te zijn.

Het lijkt ons van groot belang dat ook in de psychiatrie alle behandelopties bij euthanasie of hulp bij zelfdoding zorgvuldig zijn uitgesloten. Dat de auteurs hun afwegingen op dit belangrijke

punt niet toelichten, ervaren wij als een ernstig gemis.

In de tweede plaats stellen de auteurs dat bij patiënte geen 'duurzame' behandelresultaten werden bereikt. Op basis van dat criterium zouden de meeste psychiatrische patiënten in aanmerking komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. De belangrijkste psychiatrische ziekten hebben immers alle een chronisch recidiverend of chronisch beloop. Dat maakt het in ons vak zo belangrijk met de patiënt hoop te ontleen aan kleine stappen en perspectieven op kortere termijn.

De Boer en Oei overtuigen ons niet dat zij in deze casus alle behandelmogelijkheden hebben uitgeput dan wel op goede gronden hebben uitgesloten. Ook betwijfelen wij of zij zijn uitgegaan van behandelperspectieven die in de psychiatrie onvermijdelijk zijn en waarvan het hanteren tot de competenties van de psychiater behoort.

De Euthanasiewet van 2002 maakt geen onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden. Dit schept verplichtingen voor onze beroepsgroep. Somatisch specialisten hebben al langer ervaring met zorgvuldige toetsing van euthanasieaanvragen of vragen naar hulp bij zelfdoding. Het lijkt erop dat de psychiatrie nog een weg te gaan heeft.

LITERATUUR

- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 543-50.
- Broek WW van den, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, e.a. (Werkgroep Elektroconvulsie-therapie). Richtlijn elektroconvulsie therapie. (2de herz.druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 45-9.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008. p. 42.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005. p. 22.

AUTEURS

ADRIAAN HONIG is psychiater, Afdeling Psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

FRANK KOERSELMAN is hoogleraar Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht.

Correspondentieadres: Adriaan Honig, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Afdeling Psychiatrie, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam.

E-mail: a.honig@slaz.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (1)'

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (2)

De Boer en Oei (2011) zetten een aantal recente ontwikkelingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie op een rij. Hun bijdrage nodigt uit tot een aantal kanttekeningen.

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie De auteurs noemen 2002 keerpunt in de ontwikkelingen en de besproken casus een 'cultuuromslag' en zelfs een 'legitimering in de praktijk'. Dat is onjuist. Reeds in 1994 oordeelde de Hoge Raad in de zaak-Chabot dat het onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden onhoudbaar is. Daarmee is voor het eerst een wettelijke legitimatie voor hulp bij zelfdoding bij psychiatrisch lijden verschaft. De wet (uit 2002) en de uitspraken van de toetsingscommissies (uit 2008) zijn geen cultuuromslag, maar een logisch gevolg hiervan.

Ondanks de juridische mogelijkheden vindt hulp bij zelfdoding in de psychiatrie weinig plaats. Het spreken over de dood in de psychiatrie als reële optie, in plaats van als onderdeel van de psychiatrische aandoening, lijkt nog steeds een taboe te zijn. Het is de vraag of een expliciete verantwoording

van de afwijzing van een verzoek naar de patiënt, zoals de auteurs voorstellen, aan dit probleem tegemoetkomt. Het bevorderen van openheid en aandacht voor de patiënt, met welke aandoening dan ook, door het bespreekbaar maken van doodswensen, is in onze ogen zinvoller dan een verplichting tot verantwoording.

Consultatie De auteurs pleiten voor één enkele consulent, tegelijkertijd SCEN-arts en psychiater. Dit snijdt geen hout. Soms zijn meer consulenten nodig; zeker in moeilijke casussen levert een extra consulent winst op (ook in somatische casussen). Het is niet raadzaam, zoals de auteurs menen, om de consulent geen expliciet oordeel te vragen omtrent het verzoek. De consulent moet volgens de wet een oordeel geven over alle zorgvuldigheidseisen, dus ook over het verzoek.

Wilsbekwaamheid De auteurs benadrukken terecht dat het proces van wilsvorming van primair belang is, niet de inhoud. Dat wil echter niet zeggen dat het wilsbekwaamheidsoordeel 'ethisch neutraal' is – zeker niet bij hulp bij zelfdoding. De arts moet het verzoek kunnen invoelen; dat vergt meer dan alleen een neutrale check van het proces van afwegen bij de patiënt. De suggestie dat wilsbekwaamheid gemeten zou kunnen worden via een neuropsychologische test is problematisch en verhult de normatieve aspecten. Daarbij komt dat de auteurs het in dit verband uitsluitend lijken te hebben over de cognitieve aspecten van de wilsbekwaamheid. Bij (de beoordeling van) wilsbekwaamheid spelen echter emotionele aspecten en waarden onmiskenbaar een rol (Berghmans e.a. 2011; Ruissen e.a. 2011).

In tegenstelling tot wat de auteurs beweren, gaat het niet om wilsbekwaamheid bij het 'oorspronkelijke' verzoek, maar om wilsbekwaamheid bij het finale verzoek. Daarvoor in de plaats kan een wilsverklaring als verzoek gelden, maar dat is noch bij patiënten met dementie, noch bij psychiatrische patiënten een reële optie.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden Met recht wijzen de auteurs op het feit dat lijden ook bij niet-terminale aandoeningen ondraaglijk kan zijn. Onjuist is echter dat er dan scherpere eisen gesteld moeten worden aan de ondraaglijkheid. Het kan juist andersom zijn: als iemand nog maar kort te leven heeft, is in ieder geval de duur van het lijden te overzien.

De auteurs menen dat de ondraaglijkheid evident is wanneer de patiënt dat zelf aangeeft en de arts moet vaststellen dat de patiënt gedurende zeer lange tijd beheerst wordt door een doodsverlangen dat alle vitale functies ondermijnt. Dit is problematisch. De uiting van de patiënt dient invoelbaar te zijn, terwijl ook bij behoud van enkele vitale functies de situatie ondraaglijk kan zijn.

Uitzichtloosheid houdt in dat er geen redelijk alternatief is. De auteurs benadrukken terecht dat de toetsingscommissie in de besproken casus oordeelde dat niet elk denkbaar alternatief redelijk is. Dat betekent dat de zorgvuldigheidseisen zich niet toespitsen op het vaststellen van ondraaglijk lijden en op het langdurig zoeken naar nieuwe behandelmogelijkheden, zoals de auteurs in de conclusie stellen. Niet de duur van het zoekproces naar alternatieven is doorslaggevend, maar de afweging van de redelijkheid daarvan, samen met de patiënt.

Autonomie De auteurs keren zich aan het slot van hun betoog terecht tegen het categorisch afwijzen van hulp bij zelfdoding. Het met de patiënt bespreken van een dergelijk verzoek is echter meer dan het honoreren van de autonomie van psychiatrische patiënten. De kern van de morele legitimatie van hulp bij zelfdoding is een combinatie van respect voor autonomie en compassie met het lijden van de patiënt. Bovendien is respect voor autonomie, zeker in het geval van hulp bij zelfdoding, meer dan het opvolgen van de wens van de patiënt. Het gaat erom dat arts en patiënt samen tot de conclusie komen dat er geen alternatief is, zodat het besluit tot hulp bij zelfdoding gezamenlijk wordt gedragen.

LITERATUUR

- Berghmans R, Horstkötter D, De Wert G. The place of emotions in capacity assessments. *Am J Bioethics Neurosc* 2011; 2: 66-8.
- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 543-50.
- Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 152: 405-14.

AUTEURS

RON BERGHMANS is psycholoog en gezondheidsethicus, CAPHRI School for Public Health and Primary Care en Afdeling Health, Ethics, and Society van Maastricht University.

ANDREA RUISSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker, Afdeling Metamedica, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

GUY WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek, Afdeling Metamedica, VUmc en faculteit Filosofie, VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: Andrea Ruissen, Afdeling Metamedica, VUmc, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (2)'

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (3)

Het is van groot belang dat het thema 'hulp bij zelfdoding in de psychiatrie' breder aandacht krijgt binnen het vakgebied. Daarom danken wij collegae De Boer en Oei voor hun boeiende artikel over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie.

Met één aanbeveling in dit artikel zijn wij het niet eens: namelijk de aanbeveling om één psychiater, tevens SCEN-arts als consulent in te schakelen. Dit is in strijd met de essentie van het SCEN-project, dat inhoudt dat de uitvoerend arts een

landelijk nummer belt en van tevoren niet weet welke SCEN-arts hem of haar terug zal bellen. Dit garandeert volledige onafhankelijkheid. Die raakt ernstig in het geding als men zelf een psychiater-SCEN-arts uitzoekt.

Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie is complexer dan in de somatiek en daarom verdient het aanbeveling om, zoals ook in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) staat, minstens één extra consultatie te laten doen. Overzichtelijkheid is daarbij niet het eerste vereiste. Ervaringen binnen de SCEN leren dat de patiënt die om hulp bij zelfdoding verzoekt geen bezwaar ertegen heeft om zijn of haar verhaal aan meerdere consulenten te vertellen. En voor de uitvoerend psychiater is het waardevol om zich door meerdere collega's gesteund te weten in zijn of haar beslissing.

De psychiater-consulent geeft een oordeel over behandelbaarheid, uitzichtloosheid en eventuele (tegen)overdrachtgevoelens, en als laatste wordt een SCEN-arts ingeschakeld die beoordeelt of de procedure juist gevolgd is.

AUTEURS

SYTSKE VAN DER MEER, somatisch arts GGZ en SCEN-arts, Mediant, Enschede.

RENE DE VEEN, psychiater, Mediant, Enschede.

Correspondentieadres: Sytske van der Meer, Mediant, Broekheurnering 1050, 7546 TA Enschede.

E-mail: s.vandermeer@mediant.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (3)'

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus' (4)

Met meer dan gewone belangstelling heb ik kennisgenomen van de bijdrage van de collegae De Boer en Oei (2011). Ik wil graag mijn waardering uitspreken voor de evenwichtige wijze waarop de auteurs, zonder omhaal van veel woorden, de lezers hebben geïnformeerd over wat zo simpel heet 'de stand van zaken'.

Daags na het verschijnen van het artikel werden mij een paar vragen voorgelegd door het *Reformatorisch Dagblad*; een landelijke krant, die vooral door het orthodox-bevindelijk protestantse volksdeel gelezen wordt – een volksdeel waarmee ik mij verwant weet. De vragen spitsten zich toe op twee punten:

- Hoezo betekent categorische afwijzing van hulp bij zelfdoding miskenning van de autonomie van de psychiatrisch patiënt?
- En vanwaar het pleidooi voor een motiveringsplicht in geval de psychiater het verzoek tot hulp bij zelfdoding afwijst? De vragensteller wilde weten wat daar dan de bedoeling van kon zijn, waarom dat nodig zou zijn en waartoe dat zou kunnen leiden. Is de bedoeling wellicht dat psychiaters door deze verplichting minder geneigd zullen zijn dergelijke verzoeken af te wijzen?

Het gaat mij hier om die motiveringsplicht. Ik ben benieuwd of de auteurs zich kunnen vinden in mijn redenering. Ik ga ervan uit dat zij niets anders bedoeld hebben dan wat voor elke richtlijn geldt: indien van de richtlijn wordt afgeweken, dan dient men dat te bespreken en in het dossier beargumenteerd vast te leggen.

Koerselman en Korzec (2008) hebben een voorstel gedaan hoe dat het beste zou kunnen. Het elegante van het model is dat naast wetenschappelijke, klinische en contextuele redenen, ook ethische overwegingen een plek hebben, zowel die van de patiënt als die van de psychiater. Zij merken bovendien op dat gemotiveerd afwijken bepaald niet alleen maar defensief is. Integendeel,

het kan de kwaliteit van zorg juist ten goede komen. Wanneer gemotiveerde afwijkingen geïnventariseerd zouden kunnen worden, zou dat waardevol materiaal kunnen overleveren voor aanvulling en vernieuwing van de desbetreffende richtlijn.

In het geval van de richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding' is dat niet anders; zou het niet anders moeten zijn. Tegelijk weten we dat deze eenvoudige spelregel te weinig wordt uitgevoerd. Dat heet in de terminologie van kwaliteitsvisitatie terecht een verbeterpunt. Sterker nog: de commissie voor de kwaliteitsvisitatie zou op aangeven van De Boer en Oei in overweging kunnen nemen een bij de richtlijn passende medical audit in te voeren. Is dat wat auteurs met verantwoordingsplicht bedoelen?

Laten we daarbij voor het gemak in het midden laten dat bij weigering om mee te werken aan het verzoek om hulp bij zelfdoding er helemaal geen sprake is van een afwijken van de richtlijn, want de richtlijn laat immers die ruimte. De Boer en Oei merken in het artikel ook op dat die ruimte er is. Maar ook zonder 'afwijking van' zie ik in dit bijzondere geval geen reden om dat 'weigeren' niet beargumenteerd te documenteren. Dan zou, maar dat terzijde, ook aan het licht kunnen komen of daarbij werkelijk sprake is van tekortdoen aan de autonomie van de patiënt.

Of is het toch anders? Kondigt zich bij De Boer en Oei, al dan niet willens en wetens, nu ook de gelijkheidsdwang aan? Gaan zij ook voor het 'radicale gelijkheids- en meerderheidsdenken'? Commentatoren en columnisten in allerlei dagbladen schrijven dat de samenleving 'vrij en harder' is geworden. De vrijheid is groter, de tolerantie is afgenomen. Men spreekt van 'een hard soort liberalisme', de zachte tirannie van de meerderheid. Krijgen we met andere woorden binnen afzienbare tijd naast weigerambtenaren, die men zou willen dwingen mee te doen als het gaat om het voltrekken van het homohuwelijk, een nieuwe categorie weigeraars, namelijk de 'weigerpsychiaters'? Ik kan me niet voorstellen dat de auteurs in dezen ook maar in de verste verte die kant uit zou-

den willen gaan. Zoiets heb ik tegen de krant gezegd. Ik leg het graag ook de auteurs voor.

LITERATUUR

Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 543-50.

Koerselman GF, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. Ned Tijdschr Geneeskd 2008; 152: 1757-9.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijn. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.

AUTEUR

P.J. VERHAGEN, psychiater Ermelo.

E-mail: p.verhagen@ggzcentraal.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case (4)'

ANTWOORD aan Verhagen

De reacties die zijn verschenen op ons artikel (onder meer in NRC) maken wel duidelijk dat, hoewel er sprake lijkt van een zekere consensus en er een duidelijke juridische basis is ontstaan voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, er nog steeds veel gronden voor discussie en nadere theoretische en praktische precisering zijn. De reacties laten naar ons idee zien welke terreinen hierbij vooral van belang zijn:

- de concrete behandelopties (zoals ECT) binnen de afweging;
- de precieze procedure wat betreft de SCEN-arts/psychiater en wat betreft een weigering op het verzoek in te gaan;
- nadere verheldering van ondraaglijkheid en uitzichtloosheid op een voor de klinische praktijk toepasbare manier.

Wij gaan in op de vragen die Verhagen stelt. Zijn eerste vraag is: In welk opzicht betekent een categorische afwijzing van hulp bij zelfdoding een aanslag op de autonomie van de psychiatrische patiënt? Onze zienswijze is inderdaad dat een categorische afwijzing, bijvoorbeeld op grond van godsdienstige overwegingen, geen recht doet aan de autonomie van de patiënt. De patiënt heeft weliswaar geen recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar hij heeft wel recht op een motivering van een eventuele weigering op het verzoek in te gaan.

Actieve verwijzing naar een andere psychiater, zoals dat ook voorzichtig is geformuleerd in het protocol van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, getuigt van respect voor de autonomie en de authenticiteit van de patiënt die om hulp bij zelfdoding vraagt.

Zijn tweede vraag: *Waarom dient een afwijzing van een verzoek om hulp bij zelfdoding goed gemotiveerd te worden?* Wij zijn van oordeel dat een goede motivering van een weigering stellig kan bijdragen aan de kwaliteit van de geboden zorg. Dit is ook in overeenstemming met hetgeen Koerselman en Korzec eerder hebben bepleit. De toelichtende motivering kan in een concreet geval de positie van de hulpvrager aanzienlijk verbeteren. De hulpvrager neemt kennis van redenen waarom het verzoek wordt afgewezen. Het goed beargumenteerd afwijken van een protocol of richtlijn kan bijdragen aan een verbetering van het protocol. De rechtspositie van de patiënt/hulpvrager wordt erdoor verbeterd. Dit stelt de patiënt ook in staat een dergelijke beslissing bij een klachtencommissie of tuchtrechter aan de orde te brengen. Hoewel een recht op euthanasie niet afdwingbaar is, benadrukken wij dat het wel een recht is van patiënt om hulp bij zelfdoding te vragen als het lijden ondraaglijk en uitzichtloos is geworden. In geval van afwijzing past hierbij wel een motivering.

ANTWOORD aan Van der Meer en De Veen

Van der Meer en De Veen wijzen er terecht op dat wij met de aanbeveling een psychiater tevens SCEN-arts als consulent in te schakelen enige verwarring hebben veroorzaakt. De onafhankelijkheid zou in het geding komen als een bevriende psychiater-SCEN-arts voor een consultatie wordt uitgenodigd. Wij zitten op dezelfde lijn als we stellen dat verzoeken om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie het beste volgens het volgende schema kunnen worden beoordeeld.

1. De uitvoerend arts tot wie het verzoek om hulp bij zelfdoding wordt gericht, is bij voorkeur een psychiater, maar dit kan ook de huisarts zijn.

2. De uitvoerend arts vraagt een psychiater-consultant om zich uit te spreken over de resterende behandelingsmogelijkheden. Deze spreekt zich ook uit over de wilsbekwaamheid van degene die het verzoek doet.

3. De uitvoerend arts vraagt via het landelijk bemiddelingsnummer een onafhankelijke SCEN-arts die de finale beoordeling komt doen om na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen die de wet stelt, is voldaan.

ANTWOORD aan Honig en Koerselman

Honig en Koerselman poneren met overtuiging dat de elektroconvulsieve therapie (ECT) een integraal onderdeel uitmaakt van het psychiatrisch behandelarsenaal. Wij onderschrijven dit van harte. Het is beslist noodzakelijk dat bij weerbarstige therapieresistente depressies het ECT-behandelaanbod tenminste wordt gedaan. Daarbij kan ook aan de orde komen dat de ECT op goede gronden door de patiënt in samenspraak met de behandelaar wordt afgewezen.

In de door ons beschreven casus doen wij verslag van de wijze waarop de toetsingscommissie een integraal oordeel heeft gegeven over de hulp bij zelfdoding. De commissie geeft daarbij impliciet ook een finaal oordeel over het gevolgde behandeltraject en heeft de behandelend psychia-

ter ook om een mondelinge toelichting op het gevoerde behandelbeleid gevraagd. De commissie komt tot het eindoordeel dat de psychiater niet tot een andere conclusie heeft kunnen komen dan dat van uitzichtloosheid sprake is geweest. Het valt te betreuren dat uit het genoemde toetsingsverslag niet duidelijk kan worden opgemaakt of de ECT-behandeling expliciet aan de orde is geweest.

Het is leerzaam te weten dat bij een parallelle casus waarin eveneens in het jaar 2008 door een andere psychiater hulp bij zelfdoding aan een patiënt is verleend, de ECT-optie wel duidelijk ter sprake is gekomen. In die casus had de patiënt met een depressieve stoornis eerder zonder succes twee series ECT-behandelingen ondergaan. Uit het verslag van de toetsingscommissie wordt duidelijk dat de patiënt op goede gronden een derde serie ECT-behandelingen heeft mogen weigeren. Inhoudelijk vond deze beslissing steun in het oordeel van een ECT-deskundige dat van deze derde serie geen behandel-effect mocht worden verwacht.

Honig en Koerselman stellen dat wij de behandellat wel erg hoog leggen. Wij gaan ervan uit dat een behandeling liefst tot duurzame structurele verbetering moet leiden. Zij stellen zich op het standpunt dat de wanhopige altijd nog hoop kan worden verschaft. Wij benadrukken in dezen dat in geen geval een wanhopige patiënt valse hoop mag worden geboden. Zie hieromtrent ook het standpunt van Ron Berghmans e.a. in de NRC. Wij stellen ons op het standpunt dat heilmeesters ook de grenzen van hun therapeutische mogelijkheden goed onder ogen dienen te zien. In der *Beschränkung* zeigt sich der Heilmeister. Dat neemt niet weg dat er discussie kan zijn over deze grenzen. Tegelijkertijd moet het feit dat deze discussie kan en vaak ook zal bestaan niet de praktische mogelijkheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding ondergraven.

LITERATUUR

Berghmans R, Widdershoven G, Ruissen A. Depressieve mensen zijn ook eens uitbehandeld. Hun doodswens moet dus serieus worden genomen. NRC 22-8-2011; 14.

ANTWOORD aan Berghmans, Ruissen en Widdershoven

Berghmans e.a. geven in hun commentaar terecht aan dat het niet de twee psychiaters uit 2008 zijn geweest die met hun hulp bij zelfdoding een cultuuromslag hebben bewerkstelligd. Het is de Hoge Raad die in 2008 in het Chabot-arrest duidelijk heeft aangegeven dat ondraaglijk geestelijk lijden hulp bij zelfdoding kan legitimeren. Dit arrest van de Hoge Raad is congruent met de euthanasiewetgeving uit 2002. De psychiaters die in 2008 hulp verlenen bij zelfdoding handelden daarmee in het verlengde van het Chabot-arrest. Met de aanduiding 'cultuuromslag' hebben wij willen aangeven dat het wel tekenend is dat nu in de psychiatrische praktijk het standpunt van de Hoge Raad nader vorm krijgt. De hooggeleerde theorie wordt in de praktijk geïmplementeerd.

Voor het antwoord over de wijze waarop de consultatie aangaande verzoeken om hulp bij zelfdoding dient plaats te vinden verwijzen wij naar ons antwoord dienaangaande aan Van der Meer en De Veen.

Wij onderschrijven van harte de nuancering die Berghmans e.a. maken aangaande het thema ondraaglijkheid en uitzichtloosheid. Het is inderdaad voor ondraaglijkheid niet noodzakelijk dat alle vitale functies zijn ondermijnd. Uitzichtloosheid is een gezamenlijke conclusie van arts en patiënt dat redelijke, proportionele behandelingsmogelijkheden niet meer resteren.

Wat betreft autonomie: in het euthanasieveld betone de arts respect voor de autonomie van de patiënt en compassie met diens lijden. Het besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen kan niet anders dan het slotstuk zijn van een vruchtbare interactie tussen een autonome patiënt en een

autonome arts. Van dwang of afdwingbaar recht kan geen sprake zijn. Het is een goede zaak dat deze samenspraak wordt gevoerd voor een breed collegiaal forum.

AUTEURS

ARDAAN DE BOER is psychiater, jurist en SCEN-arts, GGZ Noord-Holland-Noord.

KAREL OEI is psychiater en hoogleraar Forensische Psychiatrie, Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: prof. dr. Karel Oei, Postbus 431, 3720 AK Bilthoven.

E-mail: T.I.Oei@uvt.nl.